

【 記 載 例 】

(様式5-1)

受付番号

平成24年 ○月 ○日

茨城県知事 殿

認定特定行為業務従事者認定証 交付申請書 (省令別表第一号, 第二号研修修了者対象)

社会福祉士及び介護福祉士法附則第4条に定める認定特定行為業務従事者の認定を受けたいので、

下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

※押印をお願いします

申請者	フリガナ	イバラキ タロウ	生年月日	昭和50年1月11日
	氏名	茨城 太郎	性別	男・女
	住所	(郵便番号310-8555) 茨城 都道 水戸 区 笠原町111-11 府 町 村		
	電話番号	029-301-3332		
認定を受けようとする特定行為	研修機関名	茨城県		
	研修機関所在地	(郵便番号310-8555) 都道 区 笠原町978-6 茨城 府 水戸 町 村 (ビルの名称等)		
	認定を受けようとする特定行為		研修修了年月日/ 修了証明書番号	
	<input type="radio"/>	1. 口腔内の喀痰吸引	平成24年○月○日/ 第○号	
		※ 口腔内の喀痰吸引 (人工呼吸器装着者)	年 月 日/	
	<input type="radio"/>	2. 鼻腔内の喀痰吸引	平成24年○月○日/ 第○号	
		※ 鼻腔内の喀痰吸引 (人工呼吸器装着者)	年 月 日/	
		3. 気管カニューレ内部の喀痰吸引	年 月 日/	
	※ 気管カニューレ内部の喀痰吸引 (人工呼吸器装着者)	年 月 日/		
<input type="radio"/>	4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	平成24年○月○日/ 第○号		
	5. 経鼻経管栄養	年 月 日/		

備考1 社会福祉士及び介護福祉士法施行規則別表第三号研修 (特定の者対象の研修) を受講した方は様式5-2により申請してください。

2 「受付番号」欄には記載しないでください。

3 認定を受けようとする特定行為に「○」を記載してください。

※人工呼吸器装着者への喀痰吸引に関する演習, 実習を修了した者については, その他の特定行為と同様に研修修了年月日, 修了証明書番号を記載してください。

4 下記に記載する添付資料を合わせて提出ください。

添付書類

- 住民票 (写)
- 申請者が法附則第4条の第3号各号に該当しないことを誓約する書面
- 喀痰吸引等研修の修了証明書